



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y
CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN ADOLESCENTES
DE 13 A 21 AÑOS**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

TÁBATHA FLORES MANCILLA

DIRECTORA: CLAUDIA MARGARITA RAFFUL LOERA

REVISOR: JOSÉ ALFREDO CONTRERAS VALDEZ

SINODALES:

DRA. MARIANA GUTIERREZ LARA

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE

DRA. MARÍA TERESA MONJARÁS RODRÍGUEZ

**INVESTIGACIÓN REALIZADA GRACIAS AL PROGRAMA
DE APOYO A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN E
INNOVACIÓN TECNOLÓGICA (PAPIIT) DE LA UNAM
<<IA301320>>**



CIUDAD UNIVERSITARIA, CIUDAD DE MÉXICO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

*Para los que no están, están y estarán.
Para mí: todo esfuerzo conlleva a un éxito*

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la **Universidad Nacional Autónoma de México** por forjarme como una ciudadana con conocimientos, valores, habilidades que podré demostrar a lo largo de mi vida en cualquier contexto. La universidad es una etapa de cambio y de nuevas experiencias para todos. Pero aún más importante, es la entidad educativa la que permite alcanzar nuevas metas académicas y profesionales.

Agradezco a la **Facultad de Psicología** por haberme convertido en la mujer que soy. Aquí en tus aulas, en tus pasillos, entre amigos, compañeros, con grandes profesores, noches interminables, hemos finalizado nuestra meta. Es un gran honor ser parte de esta casa de estudios formadora de grandes profesionistas.

Agradezco a la **Universidad Nacional de Colombia** sede Bogotá por el acogimiento (principalmente amistoso) y educativo...gracias por compartirme conocimientos, estilos de vida y aprendizajes de todo tipo que me hicieron crecer en otros aspectos no solo el formativo. Incluyendo en este agradecimiento a la hermana **República de Colombia** por abrirme sus puertas.

Agradezco a la **escuela secundaria 176 Alberto Beltrán García** no sólo por brindarme conocimientos en mi etapa formativa de educación básica, sino por facilitarme el libre acceso a la realización de la presente investigación. “Entramos para aprender y salimos para triunfar”.

Con toda admiración y respeto agradezco a la **Dra. Claudia Margarita Rafful Loera** porque de ella he adquirido conocimientos trascendentales que me han permitido desarrollarme a nivel profesional, de igual forma agradezco que me incluyera como parte de su equipo de investigación y ser la guía fundamental de esta tesis.

Con gran decoro agradezco al **Dr. José Alfredo Contreras Valdez** quien con su sabiduría me indicó las sugerencias de mejora al presente trabajo y por el apoyo para poder concluir una etapa más.

Agradezco la sapiencia de mis sinodales: **Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Dra. Paulina Arenas Landgrave y Dra. María Teresa Monjarás Rodríguez** por dedicar el tiempo a la revisión de mi tesis y brindarme, de igual forma, sugerencias acertadas al presente documento.

También agradezco a mis **profesores** de la Facultad por cada palabra, frase, teoría, ejemplo, conocimiento y habilidad otorgada en estos años de grandes aprendizajes.

Gracias al **Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT)** de la UNAM <<IA301320>> por las facilidades otorgadas.

A mi **madre Irma Delia** por ser la guía fundamental a lo largo de mi vida y mi soporte y a mi padre **Juan Carlos Antonio** por ser ese ejemplo de trabajo. Gracias a mis padres por ser los promotores de mis sueños, gracias por confiar y creer en mí, gracias por cada consejo y por todas sus enseñanzas que me guiaron a lo largo de mi vida.

A mis abuelas **Mercedes Mancilla y Beatriz Guerrero**; a mis abuelos **Sergio Gutiérrez y José Antonio Córdova** por ser las personas que también preocupaban por mí y al enseñarme valores me conducían al camino del éxito. Sus canas son sinónimo de sabiduría que me enseñan muchas cosas para la vida.

A mi hermano **José Ignacio** por su paciencia, su alegría y el quererme incondicionalmente.

A mis tíos **Sergio Luis** y **Alejandro Karim** les agradezco su apoyo y cariño. Cada día llego más lejos en la vida y debo reconocer que nada de esto sería posible sin el sustento incondicional de ellos. Gracias por estar a mi lado, por haberme enseñado cómo vivir correctamente y por brindarme su más grande amor.

A **Joel Mendoza** quien siempre tuvo palabras de aliento hacia mi persona.

A mis tías **Esmeralda Martínez** e **Hidey Ramos** porque sé que puedo contar con su apoyo hoy y siempre.

A **Karina Córdova** quien siempre me da palabras de aliento.

A toda mi **familia** porque en los momentos más felices ella ha estado a mi lado compartiendo mi felicidad; en los momentos más tristes, mi familia me ha acompañado brindándome su consuelo y su más grande apoyo. Familia: les agradezco de corazón por todo lo que hacen por mí.

A **Daniel GS** por su gran apoyo porque cada vez que he sentido deseos de darme por vencida he recibido su consuelo, valor y cariño.

A **mis amigos mexicanos y colombianos** por existir y ser un brazo de sostén ante la adversidad.

A **la maestra Wilma Esther Baeza Chan** directora de la escuela secundaria 176 Alberto Beltrán García por darme la oportunidad y las facilidades para la realización de la investigación motivo de mi tesis. De igual forma agradezco, su amistad sincera.

A **mis compañeras y compañeros de la facultad, del equipo de investigación y de la vida** por brindarme lo mejor de sí mismos.

Y agradezco principalmente a **Dios** por darme fuerza, por permitirme estar aquí hoy para disfrutar de esta nueva etapa.

CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| RESUMEN..... | 1 |
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA | 5 |
| ¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?..... | 5 |
| ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA..... | 6 |
| DESARROLLO CEREBRAL Y FÍSICO | 7 |
| DESARROLLO PSICOLÓGICO Y SOCIAL..... | 8 |
| FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA..... | 9 |
| ADOLESCENCIA EN MÉXICO | 10 |
| CAPÍTULO 2. CONSUMO DE SUSTANCIA EN LA ADOLESCENCIA..... | 11 |
| CONSUMO DE SUSTANCIAS: PROBLEMA DE SALUD | 11 |
| PANORAMA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES..... | 12 |
| FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS | 13 |
| COMPLICACIONES POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS | 14 |
| PREVALENCIA EN MÉXICO..... | 15 |
| CAPÍTULO 3. CONDUCTAS SEXUALES EN ADOLESCENTES | 17 |
| CONDUCTAS SEXUALES | 17 |
| CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO | 18 |
| CONSECUENCIAS DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO..... | 20 |
| CAPÍTULO 4. MÉTODO | 22 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| OBJETIVOS..... | 22 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 22 |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 22 |
| HIPÓTESIS | 22 |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES | 23 |
| DEFINICIÓN CONCEPTUAL | 23 |
| DEFINICIÓN OPERACIONAL | 23 |
| PARTICIPANTES | 24 |
| TIPO DE ESTUDIO..... | 24 |
| INSTRUMENTOS | 24 |
| PROCEDIMIENTO | 27 |
| ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 28 |
| CAPÍTULO 5. RESULTADOS | 29 |
| CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN | 43 |
| REFERENCIAS..... | 50 |

RESUMEN

Las conductas de riesgo en los adolescentes son una problemática de salud pública en México y otros países que deben atenderse de manera adecuada y temprana. En la presente investigación se abordan principalmente dos de estas conductas, es decir, consumo de sustancias y relaciones sexuales de riesgo. En la literatura se habla de una relación entre ambas, sin embargo, no se especifica cómo es la influencia de una con la otra. Método: se realizó un análisis entre el consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo en adolescentes con edades de 13 a 21 años del Valle de México. Resultados: se encontraron diferencias estadísticamente significativas con relación al consumo de estimulantes y alucinógenos y en uso o no de métodos anticonceptivos. Conclusión: se deben realizar acciones de prevención temprana ante conductas de riesgo adolescente a través de programas de apoyo parental con énfasis en los estilos de crianza.

Palabras clave: *adolescentes, conducta de riesgo, consumo de sustancias, conducta sexual de riesgo.*

INTRODUCCIÓN

Los adolescentes son un pilar importante para el desarrollo social y económico en el mundo y en México, esto implica que se les debe brindar herramientas y oportunidades para crecer en un entorno saludable alejados de situaciones que pueden poner en riesgo su salud física y psicológica actual y futura, ya que, es en la adolescencia donde se comienza a tener autonomía en las decisiones que prevalecerán en la etapa adulta.

Como se conoce, en la etapa de la adolescencia se efectúan cambios a nivel físico, psicológico y social, de igual manera, los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores adquiridos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permitirán convertirse en adultos atentos y responsables (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF, 2002).

Sin embargo, al ser una etapa principal de desarrollo se puede encontrar problemáticas que impiden el desarrollo pleno del adolescente. Como lo señala la Organización Mundial de la Salud (2018), las enfermedades pueden afectar la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente. El consumo de alcohol y tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia pueden poner en peligro no solo su salud actual, sino también la de su adultez e incluso la salud de sus futuros hijos.

Asimismo, Díaz-Morales y Amaya-Rey (2012) refieren que informes epidemiológicos de organismos como la OMS, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por sus siglas en inglés) y la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, antes ENA) en México, reiteradamente señalan que el consumo de drogas en la población es un problema de salud pública de gran impacto mundial, ya que, los adolescentes son un grupo selecto de la población que están iniciando el consumo de drogas legales (tabaco y

alcohol) a edades tempranas de la vida (antes de los 12 años) y que consume drogas ilegales (marihuana, cocaína, entre otras) después de los 12 años.

Por otro lado, el consumo de sustancias y la conducta sexual de riesgo (otra problemática presentada en adolescentes) se encuentran relacionados, como lo señala Mondragón- Galván et al. (2017) explicando que cuando las personas se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas suelen tener relaciones sexuales sin protección con personas conocidas o desconocidas. Esto sugiere que son prácticas sexuales impulsivas e implican un riesgo para la salud sexual de las personas, por ejemplo, el contagio de infecciones de transmisión sexual, violaciones y embarazos no deseados, producto del consumo riesgoso de sustancias.

Con lo señalado en párrafos anteriores destacamos la relevancia de la presente investigación la cual recae en conocer y analizar desde tres perspectivas, una de ellas se encuentra en que se consumen drogas con la intención de potenciar el acto sexual, otra razón es que se consumen drogas y esto desinhibe a las personas y tienen relaciones sexuales sin haberlo planeado y en la última se dan ambas conductas en un contexto que promueven las mismas. Esto se describe de la siguiente forma:

En el primer capítulo se describe la etapa de la adolescencia refiriendo cómo se da el desarrollo social, el desarrollo físico, el desarrollo psicológico, así como los diferentes factores de riesgo presentes en esta etapa.

El segundo capítulo se enfoca en el consumo de sustancias en la adolescencia describiendo qué es el consumo de sustancias, el panorama de consumo en adolescentes, los factores de riesgo asociados con el consumo de sustancias, las complicaciones por el consumo de sustancias y la prevalencia de consumo en México.

El tercer capítulo habla acerca de las conductas sexuales en los adolescentes describiendo la diferencia entre conductas sexuales y conductas sexuales de riesgo y sus consecuencias.

El cuarto capítulo refiere al método de investigación describiendo los objetivos del estudio, definición conceptual y operacional de variables, presentación de hipótesis, descripción de participantes, instrumentos utilizados, procedimiento de aplicación, el tipo de estudio y el análisis de datos.

El quinto capítulo muestra los resultados obtenidos con el análisis estadístico descriptivo e inferencial, es decir, la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra, los datos acerca del consumo de sustancias y las conductas sexuales en adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México.

El sexto capítulo se centra en la discusión de los resultados, los cuales detallan la importancia entre las características sociodemográficas, el consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. También se encuentran los hallazgos relevantes de esta investigación y se contrastan las ideas principales con lo que nos señala la literatura. Asimismo, presenta las limitaciones del estudio y las recomendaciones para futuros trabajos.

CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA

¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA?

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, s.f.). La adolescencia también es situada entre los 10 y 21 años señalando que es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto que se inicia con la pubertad y termina cuando cesa el desarrollo bio-psicosocial (Hidalgo- Vicario y González- Fierro, 2014, p. 42).

La adolescencia está concebida como un periodo de transición entre la niñez y la adultez que se extiende, aproximadamente, durante la segunda década de vida. Es un periodo crítico de cambios biológicos, comportamentales y sociales continuos, estos cambios pueden ser fuente tanto de crecimiento como de obstáculos para el desarrollo en años posteriores (Viejo y Ortega-Ruiz, 2015). De acuerdo con Moreno (2007) la adolescencia es ese periodo que nos conduce a la madurez, ya que en esta se presentan cambios importantes diferentes a la de otros estadios del ciclo de vida; se caracteriza por ser un momento vital en el que se suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Asimismo, Gaete (2015, p. 438) indica que la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto a su edad de inicio y término, a la progresión a través de sus etapas y a la sincronía del desarrollo en las distintas áreas, evidenciando también diferencias debidas a otros factores como el sexo, la etnia y el ambiente del individuo. Este período se caracteriza también por el desarrollo de competencia emocional y social (Gaete, 2015, p. 438).

ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

Existen diferentes formas de dividir a la adolescencia. Una de ellas es la que indica Moreno (2007) señalando que el amplio intervalo temporal que corresponde a la adolescencia ha creado la necesidad de establecer subetapas. Así, suele hablarse de una adolescencia temprana entre los 11-14 años; una adolescencia media, entre los 15-18 años y una adolescencia tardía o juventud, a partir de los 18 años hasta llegar a los 20 años.

Güemes-Hidalgo, Ceñal González-Fierro e Hidalgo- Vicario (2017, p. 234) esquematizan la adolescencia en tres etapas que se solapan entre sí de la siguiente manera:

- **Adolescencia inicial:** abarca aproximadamente desde los 10 a los 13 años, y se caracteriza fundamentalmente por los cambios puberales.
- **Adolescencia media:** comprende de los 14 a los 17 años y se caracteriza, sobre todo, por conflictos familiares, debido a la relevancia que adquiere el grupo; es en esta época, cuando pueden iniciarse con más probabilidad las conductas de riesgo.
- **Adolescencia tardía:** abarca desde los 18 hasta los 21 años y se caracteriza por la aceptación de los valores paternos y por la asunción de tareas y responsabilidades propias de la madurez.

Asimismo, Gaete (2015) señala que ningún esquema único de desarrollo psicosocial puede aplicarse a todo joven, pues la adolescencia constituye un proceso altamente variable en cuanto al crecimiento y desarrollo biológico, psicológico y social. Es así como el joven de esta forma irá experimentando una serie de cambios a nivel psicológico, cognitivo, social, sexual y moral que repercuten entre sí y a la vez están influidos por el desarrollo físico. Con ello también se irá dando una madurez biológica, psicológica y social (Moreno, 2007).

DESARROLLO CEREBRAL Y FÍSICO

En la adolescencia los cambios fisiológicos más relevantes son el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, y la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular (Güemes-Hidalgo, Ceñal González- Fierro e Hidalgo-Vicario, 2017, p.8). Igualmente, se logran los objetivos psicosociales necesarios para incorporarse a la vida adulta (Hidalgo-Vicario y Ceñal González-Fierro, 2014).

Como lo señala Iglesias Diz (2013), en la adolescencia se producen intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. Ocurren cambios hormonales que generan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, crecimiento en longitud, cambios en la composición corporal y una transformación gradual en el desarrollo psicosocial como la lucha dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus pares y el desarrollo de la propia identidad. Todos estos cambios tienen una cronología que no coincide en todos los individuos y es más tardía en los hombres que en las mujeres. Entre la pubertad y la adultez temprana tienen lugar cambios espectaculares en las estructuras del cerebro involucradas en las emociones, el juicio, la organización de la conducta y el autocontrol, ya que, gran parte del desarrollo del cerebro ocurre durante la adolescencia dando un aumento en materia gris y blanca donde las conexiones neuronales se conservan y se fortalecen (Papalia y Martorell, 2015).

Muchos de los problemas relacionados con determinadas conductas de riesgo en la adolescencia podrían deberse a esta tardía maduración de determinadas funciones cerebrales (Iglesias Diz, 2013, p. 92). Aprender a evitar riesgos excesivos se convierte en una de las tareas evolutivas de la adolescencia, pero la habilidad para tomar decisiones de forma ajustada se desarrolla lentamente en estos años (Viejo y Ortega- Ruiz, 2015, p. 112).

DESARROLLO PSICOLÓGICO Y SOCIAL

Los cambios psicológicos del adolescente no pueden separarse del resto de transformaciones, puesto que forman un conjunto de interacción recíproca donde cada aspecto influye en los demás (Méndez, 2009). Para que el adolescente logre transitar adecuadamente de la niñez a la adultez debe completar una serie de tareas relacionadas con cambios biológicos, cognitivos, afectivos, morales y sociales. Estas tareas se resumen en que debe forjar su identidad, debe asumir un sistema de valores y debe desarrollar un proyecto de vida (Arias Gallegos, 2013, p. 24), así también como adquirir independencia familiar, mejorar la capacidad cognitiva, emergen sentimientos sexuales, existe falta de control de impulsos que puede derivar en desafío a la autoridad y comportamiento arriesgado (Hidalgo-Vicario y González-Fierro, 2014, p. 42). De acuerdo con Güemes-Hidalgo y colaboradores (2017) los adolescentes deberán adquirir ciertos objetivos psicosociales correspondientes a cada etapa, es decir en la adolescencia inicial tendrán menor interés por padres y comportamientos o humores inestables, en la imagen corporal se presenta inseguridad y se comparan con sus pares, con sus amigos tendrán sentimientos de ternura o miedos y en el aspecto de identidad mayor capacidad cognitiva. En la adolescencia media presentan mayor conflicto con padres, aceptación del cuerpo, mayor integración con amigos y mayor capacidad intelectual, aquí comienzan las conductas de riesgo. Por último, en la adolescencia tardía hay una reaceptación de valores paternos, aceptación de cambios corporales, mayores relaciones íntimas y se comprometen y establecen límites. Asimismo, Méndez (2009) señala que también se experimenta el egocentrismo, surgimiento de intereses propios para alcanzar un objetivo final el cual es favorecer la consecución de una identidad madura, individual y coherente.

FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENCIA

Argaez, et al. (2018, p. 260) indican que los factores de riesgo implican determinadas conductas de riesgo, las cuales son acciones activas o pasivas que involucran peligro para el bienestar y, que conllevan directamente a consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos del desarrollo. Es así como las conductas de riesgo son aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por el individuo o comunidad, que pueden llevar a consecuencias nocivas las cuales son múltiples y pueden ser biopsicosociales (Rosabal, et al., 2015). Con ello la OMS (2018) refiere que la mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables. Las enfermedades pueden afectar a la capacidad de los adolescentes para crecer y desarrollarse plenamente.

Asimismo, en la adolescencia existen factores de riesgo, como lo señala Pineda y Aliño (1999) indicando que entre los factores de riesgo se encuentran las familias disfuncionales, deserción escolar, accidentes, consumo de alcohol y drogas, enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas, embarazo, desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social y condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. También se encuentran los trastornos alimenticios, el suicidio, las autolesiones, el bullying, vida sexual de riesgo, adicción y delincuencia juvenil (Argaez, et al., 2018, p. 260).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, los factores de riesgo en adolescentes están influenciados por la cultura y los estratos sociales, implicando aspectos personales, familiares y sociales (Páramo, 2011, p. 86). No hay un consenso o política universal; los comportamientos y

conductas de riesgo son propios a nivel regional y comunitario. Esta diversidad de criterios ha hecho difícil el abordaje integral de la salud de los adolescentes (Rosabal, et al., 2015).

ADOLESCENCIA EN MÉXICO

Las y los adolescentes representan aproximadamente 20% de la población total de México, y se considera un grupo vulnerable que se vuelve de atención prioritaria, siendo un deber y obligación garantizar su derecho a la salud (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2019). UNICEF (s.f.) señala que, en México, la permanencia en la escuela es el principal reto que viven los adolescentes, ya que, 3 de cada 10 adolescentes se encuentran fuera de la escuela, es decir no estudiando, los cuales provienen de hogares con menores recursos. Adicionalmente, dos problemas que afectan particularmente a este grupo de edad son el embarazo y el matrimonio temprano; 77 de cada 1000 adolescentes son madres y 48% de los casos el embarazo no fue planeado.

En el país, las conductas de riesgo y sus complicadas consecuencias son preocupaciones centrales para definir y orientar las políticas públicas en materia de salud para las y los adolescentes. Entre las principales problemáticas que se presentan son los accidentes, la violencia, el embarazo temprano, las prácticas sexuales sin protección, las infecciones de transmisión sexual, el consumo de sustancias adictivas y el suicidio (CeNSIA, 2019).

De acuerdo con lo anterior, el gobierno de México a través de programas como “Juntos por la Paz”, se han implementado para el fortalecimiento de las condiciones de salud de las y los adolescentes, ya que permitirá, garantizar la transición hacia la vida adulta con mayores y mejores oportunidades, con estilos de vida más saludables, con mayores habilidades para interactuar en sus entornos inmediatos, con conductas y hábitos que mejoren su salud (CeNSIA, 2019).

CAPÍTULO 2. CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES

CONSUMO DE SUSTANCIAS: PROBLEMA DE SALUD

El fenómeno de uso indebido de sustancias se ha convertido en uno de los problemas que han penetrado en los campos más importantes de funcionamiento de la sociedad moderna (Uribe, et al., 2011, p. 48). Se trata de un fenómeno de múltiples facetas que incluye las etapas de producción, tráfico, distribución, consumo y dependencia; afectan a todos los grupos de la población y tienen implicaciones importantes para la salud pública (Medina-Mora, et al., 2013, p. 67).

El consumo de sustancias impacta en múltiples esferas, afectan el desarrollo económico y social, aumentan los costos de atención a la salud al asociarse con lesiones, enfermedades infecciosas y crónicas, tienen una manifestación visible en diferentes formas de violencia, con actividades delictivas vinculadas con la adquisición de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas (Medina- Mora, et al., 2013, p. 68). Los trastornos por consumo de sustancias, así como otros trastornos mentales, son comunes y a menudo persistentes, y muchos emergen en la vida temprana (Tena-Suck, et al., 2018, p. 265).

La adolescencia representa un periodo crítico en el inicio y experimentación en el consumo de sustancias (Jiménez, 2011, p. 53). Asimismo, este problema podría estar establecido por aspectos como los personales, familiares y sociales, el cual presenta gran incidencia en la salud, en la educación y en la seguridad pública, el cual está afectando especialmente a los adolescentes, mostrando índices crecientes en los niveles de consumo de esta población (Ferrel, et al., 2016, p.44).

PANORAMA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

De acuerdo con Medina- Mora y colaboradores (2013, p. 69) la adolescencia es una etapa de especial riesgo, cuya evidencia es que 65% de las personas que consumen drogas se inician antes de los 17 años y la media de edad de inicio de quienes usaron drogas y desarrollaron dependencia es también a los 17 años, en tanto que quienes usaron y no desarrollaron dependencia iniciaron el consumo dos años más tarde. Moreta- Herrera, et al. (2017) señalan que el inicio precoz del uso de drogas implica un mayor riesgo de deterioro psíquico, físico y social el cual puede acarrear problemas como violencia, sexualidad no planificada, deserción escolar, conducción vehicular imprudente, entre otros.

Es así como el consumo de sustancias entre jóvenes y adolescentes representa un importante problema de salud que se relaciona con lesiones y accidentes graves, discapacidad, trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos, ideación y conducta suicida, conductas sexuales de riesgo, entre otros (Tena-Suck, et al., 2018, p. 265). Al ser un problema grave que envuelve a la comunidad, en especial a los jóvenes se requiere diversas soluciones, pues se trata de uno de los principales indicadores de la salud mental de la población, ya que las secuelas del uso y consumo problemático de sustancias deterioran no solo la propia personalidad y estilos de vida del consumidor sino también la de su familia, de sus compañeros de estudios y de la propia comunidad en que vive (Ferrel, et al., 2016, p. 46).

Dada la importancia y las implicaciones físicas, sociales y psíquicas del consumo de sustancias en la población, es necesario indagar acerca de las variables predictoras, que permitan establecer de manera documentada un marco de trabajo para diseñar estrategias de prevención e

intervención efectivas para el reforzamiento de factores protectores y control de los de riesgo (Cogollo, et al., 2011).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Se han identificado numerosos factores de riesgo relacionados con el inicio del consumo de sustancias como lo son los factores individuales (sexo, edad, rendimiento escolar), familiares (consumo de padres o hermanos, problemática familiar, vigilancia y relación con los padres) factores de influencia social y del entorno como el consumo por parte de los pares y la disponibilidad de sustancias asociados al inicio del consumo, así como los eventos estresantes en la infancia y el menor nivel socioeconómico en la infancia y adolescencia (Hernández, et al., 2009).

Por ejemplo, Melo y Castanheira (2010) señalan que los individuos que se perciben con baja autoeficacia presentan conductas como el consumo de drogas, beben en exceso y tienen creencias de que el consumo los ayuda a experimentar relajación. Otro factor que influye para el consumo de sustancias parece estar asociado con la disponibilidad de recursos, lo que se ha reflejado en un mayor consumo entre la población adolescente de mayor nivel de ingreso cuando se compara con la de menor ingreso, es decir, el nivel socioeconómico (Gutiérrez, et al., 2016).

No existe una etiología única para desarrollar un uso indebido de sustancias, sino que es multifactorial e incluye factores genéticos, físicos y ambientales, entre otros (Guaranda, 2018). Asimismo, es un fenómeno complejo que no puede explicarse sobre la base de causas únicas, por el contrario, se considera que se debe a la interacción de diferentes factores biológicos,

psicológicos y sociales o contextuales (familiares, escolares y grupales), que de una u otra forma favorecen la consolidación de trastorno por consumo de sustancias (Cegollo, et al., 2011, p. 472).

COMPLICACIONES POR EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

El consumo de sustancias en estudiantes implica complicaciones a corto y largo plazo, algunas irreversibles como el suicidio; y otras consecuencias, como el consumo de múltiples sustancias, el fracaso académico y la irresponsabilidad, que ponen al adolescente en riesgo de accidentes, violencia, relaciones sexuales no planificadas e inseguras (Cogollo, et al., 2011, p. 472). Cáceres, et al., (2006) identificaron factores psicosociales que aumentan o disminuyen, según sea el caso, la probabilidad del consumo de las drogas y de tener consecuencias adversas que de dicho consumo se deriva. Entre ellas se encuentran la baja autoestima asociada al consumo de sustancias, se presentan alteraciones psicológicas como ansiedad, depresión y estrés, de igual forma comportamientos perturbadores como impulsividad, desafío de figuras de autoridad y oposición a las normas, también hay un bajo autocontrol ya que desean obtener satisfacciones de manera inmediata y que sean placenteras, no hay habilidades sociales que le permitan defender sus opiniones y enfrentarse a un rechazo ante oferta de consumo, no hay habilidades de afrontamiento para tomar decisión de consumo o no, existe percepción baja de riesgo, hay disfunción familiar y presentan relaciones con personas consumidoras e incluso existe una insatisfacción con las relaciones interpersonales pues constituye un medio rápido y sencillo de sentirse aceptados por sus iguales.

Sin embargo, existen diversas consecuencias que se pueden obtener al consumir sustancias como las que señala la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015) dividiéndolas en consecuencias individuales en las que se encuentran las

biológicas (afectación de diferentes órganos del cuerpo) y las psicológicas (actitudes hacia sí mismo y su comportamiento, afectan su autoestima provocando sentimientos de desvalorización relacionados con la falta de autoconfianza e insatisfacción, descuidar su imagen personal, higiene y limpieza); consecuencias sociales en las que destacan las microsociales (familia, la escuela, el trabajo y los amigos) y las macrosociales (relacionados con aspectos socioeconómicos, políticos y culturales).

Asimismo, el consumo de sustancias y la conducta sexual de riesgo se encuentran relacionados, como lo señala Mondragón- Galván, et al., (2017) explicando que cuando las personas se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas suelen tener relaciones sexuales sin protección con personas conocidas o desconocidas y los hombres en este estado son renuentes cuando su pareja sexual solicita que usen condón. Esto sugiere que son prácticas sexuales impulsivas e implican un riesgo para la salud sexual de las personas, por ejemplo, el contagio de infecciones de transmisión sexual, violaciones y/o embarazos no deseados, producto del consumo riesgoso de sustancias.

PREVALENCIA EN MÉXICO

En México la edad promedio en la que algunos estudiantes inician el consumo de drogas es a los 13 años, así como, más de 17% de los estudiantes de secundaria y bachillerato han probado alguna droga ilegal y comenzaron su consumo a los 13 años (Comisión Nacional Contra las Adicciones CONADIC, 2020). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) entre la población general (12 a 65 años), el consumo de cualquier droga en el último año fue de 2.9%, es decir, que aproximadamente 2.5 millones de personas consumieron cualquier sustancia psicoactiva; 4.6% de los hombres (1.9

millones) y 1.3% de las mujeres (549,920), lo que representó un aumento estadísticamente significativo respecto a la prevalencia de consumo de cualquier droga en el último año registrada en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (CONADIC, 2021).

En el consumo de jóvenes, las mujeres de 12 a 17 años presentan un incremento significativo (2.7%) respecto a la encuesta anterior, mientras que entre los hombres este incremento (8.2%) ocurre particularmente en el rango de los 18 a 34 años. Asimismo, el consumo de drogas ilegales en el último año por grupo etario muestra que entre los adolescentes de 12 a 17 años hubo un importante incremento, las diferencias más significativas ocurren de 2011 a 2016, al pasar de 1.5% (207,000 adolescentes) a 2.9% (414,000 adolescentes); 3.4% hombres (248,000) fueron hombres y 2.3% mujeres (165,000) (CONADIC, 2021).

CONADIC (2021) señala que las prevalencias de consumo en el último año presentaron un importante aumento de 2011 a 2016, especialmente el uso de marihuana entre adolescentes. También es notable que el inicio del consumo entre las personas que demandaron tratamiento se está dando a edades tempranas, lo que evidencia la relevancia de incidir con acciones preventivas oportunas, de detección e intervención temprana para reducir los años que las personas tardan en solicitar ayuda profesional.

Los estudios sobre la prevalencia del uso de drogas en la población de jóvenes identifican que el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que los jóvenes adolescentes tienen sobre las drogas determinan que la prevalencia de su consumo se ubique en una etapa temprana de la vida, y se inicia con el alcohol y tabaco. Por una parte, se produce una consolidación de un patrón estable de consumo de alcohol y tabaco y por otra, el crecimiento de drogas ilegales parece indicar no sólo el aumento sino además la mezcla de varias de ellas al mismo tiempo (Lucchese, et al., 2012).

CAPÍTULO 3. CONDUCTAS SEXUALES EN ADOLESCENTES

CONDUCTAS SEXUALES

La sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, pero en cada momento evolutivo presenta unas características diferenciales. En la evolución sexual del adolescente van a entrar en juego factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen corporal, el descubrimiento de sus necesidades sexuales, el desarrollo de su personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales (García-Vega, et al., 2012). Asimismo, la adolescencia supone experimentar inestabilidades, cambios y transformaciones en su vida social y personal, propiciando un estado de mayor vulnerabilidad y susceptibilidad a las influencias del mundo externo, sumando la maduración sexual que se da en esta etapa y que lleva a experimentar nuevas sensaciones y procesos que pueden acabar generando preocupaciones al adolescente (Fajardo, et al., 2013, p. 522).

En esta etapa es donde se produce el debut de las relaciones sexuales y de pareja y se presentan con frecuencia malestares de la salud sexual y reproductiva, que se manifiesta en el incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados (Figuroa y Figuroa, 2017, p. 194). De acuerdo con Orcasita y colaboradores (2012) la edad de inicio de las relaciones sexuales es determinante para el desarrollo físico, social, emocional y psicológico de los adolescentes; de la misma forma, esta conducta está enmarcada por factores ambientales, personales, culturales y sociales en que se desarrollan los adolescentes. Señalan que el apoyo social y las conductas de riesgo, son aspectos importantes para comprender la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

Los adolescentes inician sus relaciones sexuales en edades tempranas de la vida, en las que generalmente no se emplean de manera adecuada los métodos de protección o no se hace uso de ellos. Se establecen relaciones sexuales bajo el consumo de alcohol y otras drogas, las que tienden a ser generalmente promiscuas por el cambio frecuente de pareja en esta etapa (Figueroa y Figueroa, 2017, p. 195), con ello, las actitudes sexuales determinan los comportamientos sexuales, algunos de ellos de riesgo, que ubican a la adolescencia como una etapa de alta vulnerabilidad para la salud sexual y reproductiva; asimismo, la sexualidad en los jóvenes puede generar situaciones de riesgo y tener graves implicaciones para la salud sexual y la calidad de vida (Zambrano, et al., 2015).

CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Al hablar de conducta sexual, se define ésta como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, y que debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo (García-Vega, et al., 2012, p. 80). Por otra parte, la conducta sexual de riesgo es considerada como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de contagio de enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado (Espada, Quiles y Méndez, 2003 citado en García-Vega, et al., 2012, p. 80).

Las conductas sexuales de riesgo suelen ser muy frecuentes en los jóvenes, especialmente en los adolescentes. Es una problemática que favorece la presencia de una serie de riesgos que comprometen su salud sexual y reproductiva, además de su desarrollo psicológico y social (Figueroa y Figueroa, 2017, p. 195). Hay autores que consideran que se deben dar tres conductas para ser considerada una conducta sexual de riesgo, como lo señala Saeteros, Pérez y Sanabria,

(2015) que indica que las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no planificados son frecuentes en adolescentes y jóvenes y constituyen los dos principales problemas asociados con la conducta de riesgo que incluye actividad sexual sin métodos de barrera (generalmente el condón); realizada bajo los efectos del alcohol o drogas y con un gran número de parejas; cuando estas tres actividades se presentan y su ocurrencia es frecuente, se dice que el individuo practica actividades sexuales de riesgo (Saeteros, et al., 2015).

Uribe- Rodríguez, et al., (2016) señalan que la mayoría de las definiciones sobre conductas sexuales de riesgo, tienen en cuenta aspectos como el inicio de la vida sexual a temprana edad, el no uso del preservativo en las relaciones sexuales, las prácticas sexuales bajo efectos de sustancias psicoactivas (SPA), mantener relaciones sexuales con diferentes parejas y bajo presión social, embarazos no deseados y aborto, el desconocimiento y falta de información sobre temas como el autocuidado, las relaciones sexuales seguras y métodos de protección ante enfermedades e infecciones de transmisión sexual. Igualmente, se pueden considerar el papel de las actitudes frente al ejercicio de la sexualidad y su mediación en los comportamientos protectores y de riesgo, las dinámicas familiares protectoras, y los mecanismos que posibilitan el asertividad sexual y el papel de la toma de decisiones (Bahamón, et al., 2014).

Es importante apuntar que cada adolescente vive su sexualidad de forma diferente, pero comparten al mismo tiempo, un contexto histórico-cultural en el que se construyen las actitudes hacia la sexualidad, al formar un modelo concreto que guía las conductas. El conocimiento de los factores de riesgo y los factores protectores que influyen en las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia, permiten identificar cuáles son los peligros a los que se enfrenta esta población y las consecuencias negativas que les pueden ocasionar para proporcionar información oportuna

acerca de los riesgos, consecuencias y de las desventajas, así como fortalecer la adquisición de habilidades para tomar decisiones sexuales responsables (Figuroa, et al., 2019).

CONSECUENCIAS DE CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

En la adolescencia y la juventud las conductas de riesgo son la mayor parte de las causas que originan lesiones, trastornos de salud, secuelas y en oportunidades hasta la muerte en ambos sexos, por otra parte, es en esta etapa donde se van definiendo la mayor parte de las prácticas que determinan las opciones y estilos de vida en los que se sustentan la autoconstrucción de la salud (Saeteros, et al., 2015). Entre otras consecuencias derivadas de conductas o comportamientos sexuales de riesgo se encuentran los embarazos no planeados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), enfermedades mentales, suicidios, abortos, afectaciones académicas y laborales (Badillo, et al., 2020).

Por lo tanto, existen diversas causas que pueden llevar a los adolescentes a adoptar conductas de riesgo frente a su salud sexual y reproductiva. Se presentan factores personales, biológicos, heredados, factores ambientales y sociales que afectan e influyen en la aparición de dichos comportamientos; en ocasiones por la falta de adquisición de madurez durante esta etapa, junto con la falta de las redes de apoyo social (Orcasita, et al., 2012). De acuerdo con Valenzuela, et al., (2013) las conductas de riesgo en adolescentes son determinantes en la salud, siendo las principales responsables de la morbimortalidad en esta etapa, entre las cuales se mencionan el consumo de drogas, embarazo precoz, mala alimentación, infecciones de transmisión sexual, depresión y suicidio entre otras.

La impulsividad, la inmediatez y la invulnerabilidad son variables con las que no se pueden luchar, sin embargo, lo que se debe realizar es brindar a los jóvenes herramientas adecuadas para controlarlas a través de programas de educación sexual, con especial énfasis en los patrones diferenciales de género (García- Vega, et al., 2012).

CAPÍTULO 4. MÉTODO

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 21 años que viven en el Valle de México?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer si existe una relación entre el consumo de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México.

Objetivos específicos

Conocer qué sustancias son las que están asociadas con que los adolescentes reporten haber tenido relaciones sexuales de riesgo.

Conocer qué sustancias son las que están asociadas con el inicio temprano del consumo de sustancias en los adolescentes.

HIPÓTESIS

H₀₁: No existe relación entre el consumo de drogas y relaciones sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 21 años.

H_A₁: Existe relación entre el consumo de drogas y relaciones sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 21 años.

H₀₂: No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con el consumo de drogas y tener relaciones sexuales de riesgo.

HA₂: Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con el consumo de drogas y tener relaciones sexuales de riesgo.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Definiciones conceptuales

Consumo de sustancias

El consumo de sustancias, tanto de alcohol como de drogas, entre jóvenes y adolescentes representa un importante problema de salud que se relaciona con lesiones y accidentes graves, discapacidad, trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos mentales, ideación y conducta suicida, conductas sexuales de riesgo, entre otros. Se trata de un problema de salud pública que se ha incrementado de manera considerable en los últimos años (Tena-Suck, 2018).

Conducta sexual de riesgo

Un comportamiento de riesgo es aquel que puede generar algún tipo de peligro o daño para el adolescente (Risk, 1999, citado en Meneses, et al., 2009). Se considera entonces a las conductas sexuales de riesgo como la exposición del individuo a una o varias situaciones, como el inicio temprano de relaciones sexuales, las múltiples parejas, la infidelidad sexual y el consumo de drogas (incluido el alcohol) dado de forma concomitante a estas prácticas y por supuesto el no uso de métodos de protección y anticonceptivos (Figuroa, et al., 2019).

Definición operacional

Consumo de sustancias

El nivel de riesgo arrojado por ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), que es una prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1997.

Conducta sexual de riesgo

Las conductas sexuales como no usar métodos anticonceptivos, no usar condón masculino y tener relaciones sexuales bajo el consumo de sustancias.

PARTICIPANTES

La investigación estuvo conformada por 160 adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México. Los participantes se eligieron de manera no probabilística con un muestreo por conveniencia, es decir, participantes que estuvieran dentro del rango de edad y que vivieran en el Valle de México.

TIPO DE ESTUDIO

Se trató de un estudio no experimental transversal de tipo correlacional ya que se describen las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento (Hernández-Sampieri et al., 2014).

INSTRUMENTOS

Cuestionario de datos sociodemográficos

Se consideran como datos sociodemográficos aquellos que tienen por objeto el estudio de las poblaciones humanas tratando, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, su evolución y sus características generales (Maccio, 1997). Para la presente

investigación se consideraron los siguientes datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, municipio de residencia e ingreso mensual.

ASSIST

La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud para promover una prueba de detección de alcohol e intervención breve (Organización Panamericana de Salud, 2011).

Es un cuestionario en versión de papel y lápiz dirigido a los usuarios de sustancias y que debe ser administrado por un profesional de la salud. El cuestionario consta de ocho preguntas y llenarlo toma aproximadamente entre 5 y 10 minutos. El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo de las siguientes sustancias:

- Tabaco
- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Estimulantes de tipo anfetamina
- Inhalantes
- Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas)
- Alucinógenos
- Opiáceos
- Otras drogas

El cuestionario ASSIST indica la puntuación de riesgo para cada sustancia que el usuario informa haber consumido. Asimismo, el ASSIST proporciona información sobre el consumo de sustancias a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, permite identificar una serie de problemas relacionados con el consumo de

sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de ‘alto riesgo’ y conductas asociadas con inyectarse (OPS, 2011).

Cuestionario de Desarrollo Adolescente (CDA)

Meave (2008) señala que es un instrumento para detectar casos que manifiesten conductas sexuales de riesgo para el embarazo adolescente, como para el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, en adolescentes escolares de la Ciudad de México. La estructura del cuestionario quedó con un formato de auto reporte que se contesta directamente en el cuestionario entregado. Algunas preguntas son exclusivas de acuerdo con el sexo, incluye también preguntas para adolescentes con y sin experiencia sexual coital.

El cuestionario tiene cinco partes, sin embargo, para la presente investigación se utilizaron las siguientes:

Parte II: Conducta sexual. En esta parte aparecen preguntas sobre los primeros acercamientos, y relaciones significativas amistad o pareja, conductas como hacer y recibir propuestas sexuales. Contiene una pregunta filtro que diferencia los que tuvieron relaciones sexuales coitales de los que no tuvieron relaciones sexuales, en el caso de los sin experiencia sexual se explora los motivos que demoran el inicio sexual. Para la presente tesis se actualizó el lenguaje de algunos de los reactivos para que fueran acorde a la manera de expresarse de los adolescentes actualmente (tener ligue, amigo con derechos, fajarse).

Parte III. Conducta sexual coital. Este apartado va dirigido para adolescentes que si tuvieron relaciones sexuales se explora la primera relación sexual, uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales subsecuentes. En el caso de ya no haber tenido relaciones sexuales después de la primera, dejan de responder.

Parte IV. Conductas sexuales de riesgo. En esta parte se explora cada una de las conductas sexuales de riesgo para los adolescentes que reconocen haber tenido relaciones sexuales. Las circunstancias que facilitan el riesgo como conocer a alguien cercano que se haya embarazado sin desearlo antes de los 20 años. También se incluye el no usar anticonceptivos o usarlos de manera inadecuada.

PROCEDIMIENTO

Todo el proceso de la investigación se llevó a cabo en línea debido a la contingencia sanitaria por Covid-19.

Se adecuaron los instrumentos para hacerlos aplicables a través de una plataforma llamada Survio (sistema de encuestas online de Survio). Posteriormente se procedió a conseguir la muestra, esta fase se dividió en dos partes: una al contactar a una escuela secundaria pública ubicada en la zona norte de la Ciudad de México con turno de jornada ampliada presentando lo relevante de la investigación a profesores, directivos y padres de familia y así consiguiendo el consentimiento para los padres y el asentimiento al ser menores de edad para poder investigar a los adolescentes de la escuela. La segunda fase fue a través del equipo de investigación, relatando que la muestra que se tenía era pequeña y que se necesitaban más participantes por ello el equipo contacto a adolescentes que se encontraran en el rango de edad y que residieran en el valle de México.

Para la aplicación de los instrumentos, los participantes tenían que contar con un dispositivo electrónico e internet para ser proporcionado el enlace del instrumento. Asimismo, se solicitó el consentimiento informado a padres (para aquellos quienes eran menores de edad) y el de los participantes en el cual se explicaba que los datos obtenidos serían confidenciales y utilizados únicamente con fines de investigación. Por otro lado, las dudas que llegaban a tener

adolescentes se respondían por correo electrónico, ya que no hubo un contacto presencial con los participantes.

Se llenó información acerca de datos sociodemográficos, consumo de sustancias en los últimos 3 meses, alguna vez en la vida y el nivel de riesgo de cada sustancia. Posteriormente se respondieron aquellas preguntas que hablaban acerca de relaciones interpersonales en los adolescentes, el uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y las posteriores y motivos para no usar métodos anticonceptivos. De manera de agradecimiento por participar en la investigación se les proporcionó links de páginas que podían consultar para obtener más información acerca del consumo de sustancias y relaciones sexuales sanas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La primera parte del análisis se llevó a cabo mediante estadística descriptiva de las variables sociodemográficas, el consumo de sustancias y las conductas sexuales. Posteriormente, se realizó estadística inferencial; específicamente se realizaron pruebas de ji cuadrada (χ^2) dado el diseño no experimental del estudio y utilizando una muestra no probabilística...

Todos los análisis se realizaron en el paquete estadístico IBM SPSS VERSIÓN 21 (Statistical Package for the Social Sciences).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

En la investigación se obtuvieron 160 participantes, de las cuales 75.3% se identificaron como mujeres teniendo una edad media de 18.5 años, siendo la mayoría solteras(os) (91.6%) presentando el segundo año de licenciatura (25.6%) como último grado de estudios. Asimismo, la principal fuente de ingreso en el último año fue por medio de pareja, amigos o familia (47.5%) obteniendo un ingreso mensual que se encuentra entre \$2711 a \$5420 (28.9%) señalando que solo 51.9% de las (los) participantes alguna vez en su vida ha trabajado.

Tabla 1
Características sociodemográficas de adolescentes entre 13 a 21 años del Valle de México (N=160)

| Variables | N | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Sexo | | |
| Mujer | 119 | 75.3 |
| Hombre | 38 | 24.1 |
| Hombre transgénero | 1 | 0.6 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 142 | 91.6 |
| Casado/ vivo con mi pareja | 1 | 0.6 |
| Divorciado/ separado/ viudo | 1 | 0.6 |
| Otro | 11 | 7.1 |
| Último grado de estudios | | |
| Primaria | 1 | 0.6 |
| Primer año de secundaria | 1 | 0.6 |
| Segundo año de secundaria | 1 | 0.6 |
| Primer año de preparatoria | 5 | 3.1 |
| Segundo año de preparatoria | 2 | 1.3 |
| Tercer año de preparatoria | 36 | 22.5 |
| Primer año de licenciatura | 37 | 23.1 |
| Segundo año de licenciatura | 41 | 25.6 |
| Otro | 36 | 22.5 |
| Ingreso mensual | | |
| Nada | 1 | 0.7 |
| Menos de \$1000 | 10 | 6.7 |
| Menos de \$2710 | 9 | 6 |
| \$2711-5420 | 43 | 28.9 |
| \$5421-8132 | 19 | 12.8 |

| | | |
|---------------------------------------|----|------|
| \$8132-13554 | 27 | 18.1 |
| Más de \$13554 | 23 | 15.4 |
| No sabe | 17 | 11.4 |
| Ningún ingreso | 10 | 6.3 |
| Principal fuente de ingreso económico | | |
| Apoyo de gobierno | 74 | 46.3 |
| Trabajo con contrato | 6 | 3.8 |
| Trabajo informal | 27 | 16.9 |
| Pareja/amigos/familia | 76 | 47.5 |
| Otro | 4 | 2.5 |
| Trabajo alguna vez en la vida | | |
| No | 77 | 48.1 |
| Sí | 83 | 51.9 |

En la Tabla 2 se observa que la sustancia con mayor prevalencia consumida alguna vez en la vida por adolescentes entre 13 a 21 años del Valle de México es el alcohol (76.6%) seguida de tabaco (48.7%) y cannabis (36.9%); asimismo, las sustancias con menor consumo alguna vez en la vida son cocaína (4.5%), metanfetamina (3.8%), inhalantes (1.9%); los alucinógenos y tranquilizantes dieron porcentajes arriba del 10% (14% y 10.1% respectivamente). Por otro lado, en el último mes, la muestra conformada por adolescentes entre 13 a 21 años del Valle de México reportó que la sustancia mayor consumida fue el alcohol (50.9%); las otras sustancias consumidas en este tiempo fue tabaco (13.3%), cannabis (9.6%), tranquilizantes (4.4%) y alucinógenos (0.6%).

Tabla 2

Prevalencia de consumo en adolescentes 13 a 21 años del Valle de México (N=160).

| Sustancias | Alguna vez en la vida | | Último mes | |
|-------------|-----------------------|------|------------|------|
| | N | % | N | % |
| Tabaco | 77 | 48.7 | 21 | 13.3 |
| Alcohol | 121 | 76.6 | 81 | 50.9 |
| Cannabis | 58 | 36.9 | 15 | 9.6 |
| Cocaína | 7 | 4.5 | 0 | 0 |
| Anfetaminas | 4 | 2.5 | 0 | 0 |

| | | | | |
|-----------------|----|------|---|-----|
| Metanfetaminas | 6 | 3.8 | 0 | 0 |
| Inhalantes | 3 | 1.9 | 0 | 0 |
| Tranquilizantes | 15 | 10.1 | 7 | 4.4 |
| Alucinógenos | 22 | 14 | 1 | 0.6 |

Los participantes, como se observa en Tabla 3 presentaron un nivel de riesgo alto arriba de 9% en sustancias como la marihuana y tranquilizantes, en un riesgo moderado con un porcentaje arriba de 10% se encuentra la marihuana, alcohol y tabaco, asimismo, en un nivel de riesgo bajo por encima de 90% están las anfetaminas, metanfetaminas, inhalantes y opiáceos. El tabaco y alcohol tienen un porcentaje menor (73.1 y 75.6% respectivamente) en un nivel de riesgo bajo comparado con los otros niveles, observando que los adolescentes se encuentran cada vez a niveles de riesgo altos en estas sustancias

Tabla 3

Niveles de riesgo por consumo de sustancias en adolescentes entre 13 a 21 años del Valle de México (N= 160)

| Sustancias | Nivel de riesgo | | | | | |
|-----------------|-----------------|------|----------|------|------|-----|
| | Bajo | | Moderado | | Alto | |
| | N | % | N | % | N | % |
| Tabaco | 117 | 73.1 | 30 | 18.8 | 13 | 8.1 |
| Alcohol | 121 | 75.6 | 26 | 16.3 | 13 | 8.1 |
| Marihuana | 128 | 80 | 17 | 10.6 | 15 | 9.4 |
| Cocaína | 143 | 89.4 | 5 | 3.1 | 12 | 7.5 |
| Anfetaminas | 145 | 90.6 | 3 | 1.9 | 12 | 7.5 |
| Metanfetaminas | 146 | 91.3 | 1 | 0.6 | 13 | 8.1 |
| Inhalantes | 146 | 91.3 | 1 | 0.6 | 13 | 8.1 |
| Tranquilizantes | 138 | 86.3 | 7 | 4.4 | 15 | 9.4 |
| Alucinógenos | 139 | 86.9 | 9 | 5.6 | 12 | 7.5 |
| Opiáceos | 148 | 92.5 | 0 | 0 | 12 | 7.5 |

Nota. El nivel bajo incluye aquellas sustancias que nunca fueron consumidas

Respecto al tipo de relaciones que han tenido los participantes, refirieron no tener pareja estable (56.1%); por otro lado, señalaron que han tenido “*ligue* “(70%), amigos con derechos (35.6%) y tener relación casual solo por atracción (33.8%), sin embargo, solo 6.9% refiere no haber tenido ninguna relación con otra persona de las mencionadas anteriormente como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4

Tipo de relación con otras personas en adolescentes entre 13 a 21 años del Valle de México (N= 160).

| Tipo de relación con otra persona | N | % |
|--|----------|----------|
| Tener novio (a) | 135 | 84.4 |
| Tener <i>ligue</i> | 112 | 70 |
| Tener <i>amigos con derechos</i> | 57 | 35.6 |
| Tener relación casual solo por atracción | 54 | 33.8 |
| Ninguna de las anteriores | 11 | 6.9 |

Nota. Los participantes podían responder más de una relación

La mayoría de los adolescentes han tenido acercamientos con alguien que atrae mucho o con su pareja como abrazarse (88.8%), tomarse de las manos (86.9%), besarse en labios (84.4%), acariciarse cara o cabello (80.6%), besarse apasionadamente (70.6%), fajar sin tener sexo (63.8%), contacto boca genitales (58.1%), solo 6.3% reporto no haber tenido ninguna de los anteriores acercamientos, como lo muestra la Tabla 5.

Tabla 5

Acercamientos con alguien que te atrae mucho o pareja en adolescentes entre 13 a 21 años del Valle de México (N= 160).

| Acercamiento | N | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Besarse en labios | 135 | 84.4 |
| Tomarse de las manos | 139 | 86.9 |
| Abrazarse | 142 | 88.8 |
| Acariciarse cara, cabello | 129 | 80.6 |
| Fajar sin tener sexo | 102 | 63.8 |
| Besarse apasionadamente | 113 | 70.6 |
| Contacto boca-genitales | 93 | 58.1 |
| Ninguna de las anteriores | 10 | 6.3 |

Nota. Los participantes podían responder más de un acercamiento

Asimismo, los adolescentes de la presente investigación señalaron que 65.6% les gustaría o desearía tener relaciones sexuales en el siguiente año. Por otro lado, 61.9% de la muestra (n=99) ha tenido relaciones sexuales y 60.6% tienen pareja sexual (n= 63), la persona con la que tuvieron su primera relación sexual fue con una pareja (75.8%) teniendo 17 años (26%). En la Tabla 6 se observa que la variable “pareja/ novio(a)” es a quien les ha y le han propuesto tener relaciones sexuales con un porcentaje de 61.9 y 54.4 respectivamente.

Tabla 6

Propuesta de tener relaciones sexuales en adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México (N= 160)

| Propuesta | Te ha propuesto | | Has propuesto | |
|------------------------------|------------------------|----------|----------------------|----------|
| | N | % | N | % |
| Persona | | | | |
| Amigo (a) | 72 | 45 | 32 | 20 |
| Mi pareja /novio(a) | 99 | 61.9 | 87 | 54.4 |
| Alguien que acabo de conocer | 42 | 26.3 | 15 | 9.4 |
| Nadie me ha propuesto nada | 38 | 23.8 | 59 | 36.9 |

Nota. Los participantes podían responder a más de una persona.

Entre los participantes que han tenido relaciones sexuales, 70.3% ha tenido sexo sin condón alguna vez en la vida, y que en el último año 73.6% ha tenido relaciones sexuales sin condón; la frecuencia con que tienen relaciones sexuales es dos a cuatro veces al mes (42.3%).

En la primera relación sexual el uso de condón masculino (79.8%) predominó como mayor método anticonceptivo, asimismo, en las relaciones sexuales posteriores a la primera de igual forma, el condón masculino (90.4%) es el método anticonceptivo más usado por los adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México como lo señala la Tabla 7.

Tabla 7

Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual y en las siguientes a la primera en adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México (n=104)

| Método anticonceptivo | Primera relación sexual | | Posteriores a la primera | |
|---|-------------------------|------|--------------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Ninguno | 17 | 16.3 | 13 | 12.5 |
| Condón femenino | 1 | 1 | 3 | 2.9 |
| Condón masculino | 83 | 79.8 | 94 | 90.4 |
| Pastilla/ parche o inyección anticonceptiva | 2 | 1.9 | 14 | 13.5 |
| Otro | 2 | 1.9 | 6 | 5.8 |

Nota. Los participantes podían responder a más de un método anticonceptivo.

Entre los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, la frecuencia con que usan métodos anticonceptivos fue que siempre (40.4%) usan condón, seguida de casi siempre (32.7%), casi nunca con 19.2% y nunca 5.8% y que en la primera relación sexual 80.8% si usaron métodos anticonceptivos. Con lo mencionado anteriormente observamos que los motivos de no usar métodos anticonceptivos tanto en la primera relación sexual como en las posteriores las respuestas han sido muy variables predominando porque las relaciones sexuales suceden de pronto seguidas de el tener relaciones solo con pareja como se muestra en la Tabla 8.

Tabla 8

Motivos por el cual no usaron método anticonceptivo en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales siguientes los adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México (n=104)

| Motivo por no usar método anticonceptivo | Primera relación sexual | | Posteriores a la primera | |
|--|--------------------------------|----------|---------------------------------|----------|
| | N | % | N | % |
| Porque las relaciones sexuales suceden de pronto | 17 | 16.3 | 27 | 26 |
| Es incómodo usar anticonceptivos | 1 | 1 | 2 | 1.9 |
| Solo tengo relaciones con mi pareja | 5 | 4.8 | 34 | 32.7 |
| A mi pareja no le gusta usar anticonceptivos | 2 | 1.9 | 3 | 2.9 |
| No tener dinero para comprarlos | 2 | 1.9 | 3 | 2.9 |
| No saber cómo usarlos | 2 | 1.9 | 1 | 1 |

Nota. Los participantes podían responder más de un motivo

En esta investigación, los jóvenes de 13 a 21 años del Valle de México indicaron que en la primera relación sexual consumieron alcohol (9.6%) y otras drogas (1.9%) y en la última relación sexual el alcohol fue consumido con 21.4% y drogas 4.9%.

El o los motivos para usar condón presentados en la Tabla 9 destacaron evitar embarazo (81.7%), evitar contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual (70.2%) y evitar VIH (46.2%).

Tabla 9

Motivos para usar condón en adolescentes de 13 a 21 años del Valle de México (n= 104)

| Motivo | N | % |
|--|----------|----------|
| Quiero evitar el embarazo | 81.7 | 85 |
| Porque mi pareja quiere usar | 9.6 | 10 |
| Se siente bien | 6.7 | 7 |
| Quiero evitar contagiarme de alguna enfermedad de transmisión sexual | 70.2 | 73 |
| Quiero evitar el VIH | 46.2 | 48 |
| No conozco a la persona bien | 16.3 | 17 |
| No tengo motivo o motivos para usarlo | 1.9 | 2 |

Nota. Los participantes podían responder más de un motivo.

En la Tabla 10 se observa la primera relación y las relaciones sexuales subsecuentes y consumo de sustancias alguna vez en la vida. Al realizar la prueba de χ^2 , se encontraron diferencias significativas ($\chi^2= 5.096$; $p\leq 0.05$) en la primera relación sexual y el consumo de alucinógenos indicando que 64.7% de los participantes consumieron alucinógenos y no han usado ningún método anticonceptivo y 87.05% no han consumido alucinógenos y tampoco usaron cualquier método anticonceptivo. Asimismo, en las relaciones sexuales subsecuentes, de igual forma con alucinógenos ($\chi^2= 5.096$; $p\leq 0.05$) siendo 70.5% los participantes que han consumido y que no usaron métodos anticonceptivos y con 90.5% no han consumido alucinógenos y tampoco usaron métodos anticonceptivos.

Respecto la Tabla 11 observamos que en la primera relación sexual no existen diferencias significativas respecto al uso de condón y consumo de sustancias alguna vez en la vida. En las relaciones sexuales subsecuentes, solo el consumo de estimulantes presenta diferencia significativa ($X^2= 7.419$; $p\leq 0.05$) indicando que 37.5% de los participantes que han tenido relaciones sexuales subsecuentes no han usado condón y han consumido estimulantes, por otro lado, 7.52% no han consumido estimulantes y tampoco usaron condón como método de protección.

Tabla 10*Uso de cualquier método anticonceptivo y consumo de sustancias alguna vez en la vida (N= 103).*

| Sustancias | Primera relación sexual | | | X ² | Valor <i>p</i> | Relaciones sexuales subsecuentes | | | X ² | Valor <i>p</i> |
|-----------------|-------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|----------------------------------|-------------|----------------|----------------|----------------|
| | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | |
| Alcohol | | | | 0.098 | 0.669 | | | | 1.6 | 0.355 |
| Sí | 15 (16.12) | 78 (83.87) | 93 (100) | | | 13 (13.97) | 80 (86.02) | 93 (100) | | |
| No | 2 (20) | 8 (80) | 10 (100) | | | 0 | 10 (100) | 10 (100) | | |
| Cannabis | | | | 0.173 | 0.788 | | | | 0.604 | 0.556 |
| Sí | 9 (17.30) | 43 (82.69) | 52 (100) | | | 8 (15.38) | 44 (84.61) | 52 (100) | | |
| No | 7 (14.28) | 42 (85.71) | 49 (100) | | | 5 (10.20) | 44 (89.79) | 49 (100) | | |
| Estimulantes* | | | | 2.651 | 0.13 | | | | 4.699 | 0.064 |
| Sí | 3 (37.5) | 5 (62.5) | 8 (100) | | | 3 (37.5) | 5 (62.5) | 8 (100) | | |
| No | 14 (15.05) | 79 (84.94) | 93 (100) | | | 10 (10.75) | 83 (89.24) | 93 (100) | | |
| Tranquilizantes | | | | 0.066 | 1 | | | | 0.458 | 0.689 |
| Sí | 2 (14.28) | 12 (85.71) | 14 (100) | | | 1 (7.14) | 13 (92.85) | 14 (100) | | |
| No | 15 (17.04) | 73 (82.95) | 88 (100) | | | 12 (13.63) | 76 (86.36) | 88 (100) | | |
| Alucinógenos | | | | 5.096 | 0.035 | | | | 5.096 | 0.039 |
| Sí | 6 (35.29) | 11 (64.70) | 17 (100) | | | 5 (29.41) | 12 (70.58) | 17 (100) | | |
| No | 11 (12.94) | 74 (87.05) | 85 (100) | | | 8 (9.41) | 77 (90.58) | 85 (100) | | |

Nota: Significancia al $p < 0.05$ en negritas. *Anfetaminas, metanfetaminas y cocaína.

Tabla 11*Uso de condón y consumo de sustancias alguna vez en la vida (N= 103).*

| Sustancias | Primera relación sexual | | | X ² | Valor p | Relaciones sexuales subsecuentes | | | X ² | Valor p |
|-----------------|-------------------------|-------------|----------------|----------------|---------|----------------------------------|-------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | |
| Alcohol | | | | 0.001 | 1 | | | | 1.191 | 0.592 |
| Sí | 74 (79.56) | 19 (20.43) | 93 (100) | | | 83 (89.24) | 10 (10.75) | 93 (100) | | |
| No | 8 (80) | 2 (20) | 10 (100) | | | 10 (100) | 0 | 10 (100) | | |
| Cannabis | | | | 0.123 | 0.805 | | | | 0.322 | 0.742 |
| Sí | 41 (78.84) | 11 (21.15) | 52 (100) | | | 46 (88.46) | 6 (11.53) | 52 (100) | | |
| No | 40 (81.63) | 9 (18.36) | 49 (100) | | | 45 (41.89) | 4 (8.16) | 49 (100) | | |
| Estimulantes* | | | | 1.473 | 0.358 | | | | 7.419 | 0.031 |
| Sí | 5 (62.5) | 3 (37.5) | 8 (100) | | | 5 (62.5) | 3 (37.5) | 8 (100) | | |
| No | 75 (80.64) | 18 (19.35) | 93 (100) | | | 86 (92.47) | 7 (7.52) | 93 (100) | | |
| Tranquilizantes | | | | 0.007 | 1 | | | | 0.13 | 1 |
| Sí | 11 (78.57) | 3 (21.42) | 14 (100) | | | 13 (92.85) | 1 (7.14) | 14 (100) | | |
| No | 70 (79.54) | 18 (20.45) | 88 (100) | | | 79 (89.77) | 9 (10.22) | 88 (100) | | |
| Alucinógenos | | | | 2.698 | 0.111 | | | | 4.346 | 0.06 |
| Sí | 11 (64.70) | 6 (35.29) | 17 (100) | | | 13 (76.47) | 4 (23.52) | 17 (100) | | |
| No | 15 (17.64) | 70 (82.35) | 85 (100) | | | 79 (92.94) | 6 (7.05) | 85 (100) | | |

Nota: Significancia al p<0.05 en negritas. *Anfetaminas, metanfetaminas y cocaína.

En la Tabla 12 se observa el nivel de riesgo de sustancia y uso de cualquier método anticonceptivo con respecto a la primera relación sexual no hay diferencias significativas por sustancia, sin embargo, en las relaciones sexuales subsecuentes, metanfetamina ($X^2= 7.116$; $p\leq 0.05$) indicó que en nivel de riesgo alto 85.7% no usaron métodos anticonceptivos y en nivel bajo, 88.5% tampoco usaron métodos anticonceptivos. Alucinógenos ($X^2= 8.431$; $p\leq 0.05$) en nivel de riesgo alto 83.3% no usaron métodos anticonceptivos y con nivel bajo, 90.2% no usaron métodos anticonceptivos.

En la Tabla 13 se presenta el uso de condón y nivel de riesgo por sustancias solo se obtuvieron datos estadísticamente significativos en las relaciones sexuales subsecuentes, siendo solo Metanfetamina ($X^2= 9.757$; $p\leq 0.05$) en nivel bajo presentó 14.28%, moderado con 100% y bajo obteniendo 8.33% respecto al no uso de condón.

Tabla 12*Uso de cualquier método anticonceptivo y nivel de riesgo de sustancia (N= 103).*

| Sustancias | Primera relación sexual | | | X ² | Valor p | Relaciones sexuales subsecuentes | | | X ² | Valor p |
|-----------------|-------------------------|-------------|----------------|----------------|---------|----------------------------------|-------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | |
| Alcohol | | | | 2.839 | 0.242 | | | | 2.202 | 0.333 |
| Bajo | 11 (14.47) | 65 (85.52) | 76 (100) | | | 10 (13.15) | 66 (86.84) | 76 (100) | | |
| Moderado | 3 (15) | 17 (85) | 20 (100) | | | 1 (5) | 19 (95) | 20 (100) | | |
| Alto | 3 (37.5) | 5 (62.5) | 8 (100) | | | 2 (25) | 6 (75) | 8 (100) | | |
| Cannabis | | | | 2.411 | 0.3 | | | | 1.53 | 0.465 |
| Bajo | 12 (14.81) | 69 (85.18) | 81 (100) | | | 9 | 72 | 81 (100) | | |
| Moderado | 4 (30.76) | 9 (69.23) | 13 (100) | | | 3 | 10 | 13 (100) | | |
| Alto | 1 (10) | 9 (90) | 10 (100) | | | 1 | 9 | 10 (100) | | |
| Cocaína | | | | 2.153 | 0.341 | | | | 3.701 | 0.157 |
| Bajo | 14 (15.21) | 78 (84.78) | 92 (100) | | | 10 (10.86) | 82 (89.13) | 92 (100) | | |
| Moderado | 2 (40) | 3 (60) | 5 (100) | | | 2 (40) | 3 (60) | 5 (100) | | |
| Alto | 1 (14.28) | 6 (85.71) | 7 (100) | | | 1 (14.28) | 6 (85.71) | 7 (100) | | |
| Anfetamina | | | | 0.43 | 0.807 | | | | 2.666 | 0.264 |
| Bajo | 16 (16.84) | 79 (83.15) | 95 (100) | | | 11 (11.57) | 84 (88.42) | 95 (100) | | |
| Moderado | 0 | 2 (100) | 2 (100) | | | 1 (50) | 1 (50) | 2 (100) | | |
| Alto | 1 (14.28) | 6 (85.71) | 7 (100) | | | 1 (14.28) | 6 (85.71) | 7 (100) | | |
| Metanfetamina | | | | 5.176 | 0.075 | | | | 7.116 | 0.029 |
| Bajo | 15 (15.62) | 81 (84.37) | 96 (100) | | | 11 (11.45) | 85 (88.54) | 96 (100) | | |
| Moderado | 1 (100) | 0 | 1 (100) | | | 1 (100) | 0 | 1 (100) | | |
| Alto | 1 (14.28) | 6 (85.71) | 7 (100) | | | 1 (14.28) | 6 (85.71) | 7 (100) | | |
| Alucinógenos | | | | 1.352 | 0.509 | | | | 8.431 | 0.015 |
| Bajo | 14 (15.21) | 78 (84.78) | 92 (100) | | | 9 (9.78) | 83 (90.21) | 92 (100) | | |
| Moderado | 2 (33.33) | 4 (66.66) | 6 (100) | | | 3 (50) | 3 (50) | 6 (100) | | |
| Alto | 1 (16.66) | 5 (83.33) | 6 (100) | | | 1 (16.66) | 5 (83.33) | 6 (100) | | |
| Tranquilizantes | | | | 0.234 | 0.89 | | | | 1.12 | 0.571 |
| Bajo | 15 (17.04) | 73 (82.95) | 88 (100) | | | 12 (13.63) | 76 (86.36) | 88 (100) | | |
| Moderado | 1 (14.28) | 6 (85.71) | 7 (100) | | | 0 | 7 (100) | 7 (100) | | |
| Alto | 1 (11.11) | 8 (88.88) | 9 (100) | | | 1 (11.11) | 8 (88.88) | 9 (100) | | |

Nota: Significancia al $p < 0.05$ en negritas.

Tabla 13

Uso de condón y nivel de riesgo de sustancia (N= 103).

| Sustancias | Primera relación sexual | | | X ² | Valor p | Relaciones sexuales subsecuentes | | | X ² | Valor p |
|-----------------|-------------------------|-------------|----------------|----------------|---------|----------------------------------|-------------|----------------|----------------|--------------|
| | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | | Sí n (%) | No n (%) | Total n (%) | | |
| Alcohol | | | | 4.861 | 0.088 | | | | 2.441 | 0.295 |
| Bajo | 63 (82.89) | 13 (17.10) | 76 (100) | | | 70 (92.10) | 6 (7.89) | 76 (100) | | |
| Moderado | 16 (80) | 4 (20) | 20 (100) | | | 18 (90) | 2 (10) | 20 (100) | | |
| Alto | 4 (50) | 4 (50) | 8 (100) | | | 6 (75) | 2 (25) | 8 (100) | | |
| Cannabis | | | | 1.044 | 0.593 | | | | 1.384 | 0.5 |
| Bajo | 66 (81.48) | 15 (18.51) | 81 (100) | | | 74 (91.35) | 7 (8.64) | 81 (100) | | |
| Moderado | 9 (69.23) | 4 (30.76) | 13 (100) | | | 12 (92.30) | 1 (7.69) | 13 (100) | | |
| Alto | 8 (80) | 2 (20) | 10 (100) | | | 8 (80) | 2 (20) | 10 (100) | | |
| Cocaína | | | | 1.391 | 0.499 | | | | 5.913 | 0.052 |
| Bajo | 74 (80.43) | 18 (19.56) | 92 (100) | | | 85 (92.39) | 7 (7.60) | 92 (100) | | |
| Moderado | 3 (60) | 2 (40) | 5 (100) | | | 3 (60) | 2 (40) | 5 (100) | | |
| Alto | 6 (85.71) | 1 (14.28) | 7 (100) | | | 6 (85.71) | 1 (14.28) | 7 (100) | | |
| Anfetamina | | | | 0.701 | 0.704 | | | | 4.085 | 0.13 |
| Bajo | 75 (78.94) | 20 (2.05) | 95 (100) | | | 87 (91.57) | 8 (8.4) | 95 (100) | | |
| Moderado | 2 (100) | 0 | 2 (100) | | | 1 (50) | 1 (50) | 2 (100) | | |
| Alto | 6 (85.71) | 1 (14.28) | 7 (100) | | | 6 (85.71) | 1 (14.28) | 7 (100) | | |
| Metanfetamina | | | | 4.113 | 0.128 | | | | 9.757 | 0.008 |
| Bajo | 77 (80.20) | 19 (19.79) | 96 (100) | | | 88 (91.66) | 8 (8.33) | 96 (100) | | |
| Moderado | 0 | 1 (100) | 1 (100) | | | 0 | 1 (100) | 1 (100) | | |
| Alto | 6 (85.71) | 1 (14.28) | 7 (100) | | | 6 (85.71) | 1 (14.28) | 7 (100) | | |
| Alucinógenos | | | | 0.712 | 0.701 | | | | 4.653 | 0.098 |
| Bajo | 74 (80.43) | 18 (19.56) | 92 (100) | | | 85 (92.39) | 7 (7.60) | 92 (100) | | |
| Moderado | 4 (60) | 2 (40) | 6 (100) | | | 4 (66.66) | 2 (33.33) | 6 (100) | | |
| Alto | 5 (83.33) | 1 (16.66) | 6 (100) | | | 5 (83.33) | 1 (16.66) | 6 (100) | | |
| Tranquilizantes | | | | 0.178 | 0.915 | | | | 0.806 | 0.668 |
| Bajo | 70 (79.54) | 18 (20.45) | 88 (100) | | | 79 (89.77) | 9 (10.22) | 88 (100) | | |

| | | | | | |
|----------|--------|--------|---------|-----------|-------------------|
| Moderado | 6 (50) | 6 (50) | 7 (100) | 7 81009 | 0 7 (100) |
| Alto | 7 (50) | 7 (50) | 9 (100) | 8 (88.88) | 1 (11.11) 9 (100) |

Nota: Significancia al $p < 0.05$ en negritas.

Capítulo 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La presente investigación se propuso saber si existe una relación entre el consumo de sustancias y el tener relaciones sexuales en adolescentes de 13 a 21 años que viven en el Valle de México debido a la importancia que presenta esta población para la vivencia de conductas de riesgo como lo es el consumo de sustancias y las conductas sexuales de riesgo.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos señalar que se cumplió con el objetivo general de la presente investigación, es decir, se conoció si existe una relación entre el consumo de sustancias y las relaciones sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 21 años del valle de México.

Si bien la adolescencia se considera una etapa de crecimiento excepcional y gran potencial, también constituye una etapa en la cual puede existir una exposición a conductas de riesgo (Consejo Nacional de Población, 2020). Con respecto al consumo de sustancias, observamos que de acuerdo con CONADIC (2019) las principales drogas de inicio son mariguana (32%), alcohol (29%), tabaco (19%) y disolventes inhalables (11%); comparando estos datos con la presente investigación encontramos que tabaco (48.7%), alcohol (76.6%) y cannabis (36.9%) son las sustancias con mayor prevalencia consumidas alguna vez en la vida por adolescentes entre 13 a 21 años, es decir que estas tres sustancias están siendo las más consumidas por adolescentes en México. Esto puede deberse por el fácil acceso a las mismas sustancias, como lo señala Fundación Eguía Careaga (2014) que apunta a que la percepción sobre la facilidad de acceso a las sustancias está correlacionada de forma positiva con el consumo de drogas.

De acuerdo con Tena- Suck, et al. (2018) los estudiantes consumen principalmente alcohol, marihuana e inhalables. Además, se ha reportado que hasta 12% de estos reúne criterios de posible dependencia a las sustancias. Medina-Mora, et al. (2013) indican que se trata de un fenómeno de

múltiples facetas que incluye las etapas de producción, tráfico, distribución, consumo y dependencia; teniendo implicaciones importantes para la salud pública de la nación. En la presente investigación se exploraron los niveles de riesgo por sustancia que presentan los adolescentes dando como indicativo un nivel de riesgo bajo en tabaco y alcohol comparado con los otros niveles, observando que los adolescentes se encuentran cada vez a niveles de riesgo altos en estas sustancias. Asimismo, sustancias como la marihuana, alcohol y tabaco están en un nivel de riesgo moderado como lo encontrado en Sarduy-Lugo et al. (2021) indicando que existe un bajo nivel de percepción del riesgo de los adolescentes con relación al consumo de sustancias lo que señala la necesidad de reforzar el conocimiento del daño potencial que ocasionan en este grupo vulnerable.

Por otro lado, la sexualidad forma parte del desarrollo normal del niño y el adolescente, al iniciarse la pubertad aumenta la preocupación por la sexualidad, ya que en la adolescencia media suelen producirse los primeros contactos físicos (intercambios de besos y caricias) como una forma de exploración y aventura y en la adolescencia tardía habitualmente se inician las relaciones sexuales que incluyen el coito (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015). Esta investigación sugiere que dentro de las relaciones en los adolescentes se encuentra el “tener ligue”, ser “amigos con derechos” o tener una “relación casual solo por atracción” dando paso a una actividad sexual en esta etapa.

Es importante conocer cómo se van dando estas relaciones en un inicio y como se van desarrollando hasta convertirse o no en conductas sexuales de riesgo y con ello dar pauta a generar infecciones de transmisión sexual o embarazo no planeado, ya que, los acercamientos que se dan en esta etapa también nos pueden dar un acercamiento al conocimiento de esta conducta. En el presente trabajo se encontró que los principales acercamientos entre los 13 a 21 años fueron abrazarse, seguido de tomarse de las manos y besarse los labios. Entre el contacto boca- genitales

y fajar sin sexo debemos de darle importancia debido a que inician sus relaciones sexuales en las que generalmente no se emplean de manera adecuada los métodos de protección o no se hace uso de ellos (Figuroa y Figuroa, 2017).

Una aportación de la presente investigación es acerca de la persona con quien ha tenido propuesta de tener relaciones sexuales. Los resultados se inclinaron a que es la pareja (novio/a) quien les ha propuesto y a quienes han propuesto tener relaciones sexuales, sin embargo, un dato preocupante es la respuesta “alguien que acabo de conocer” debido a que estaríamos hablando de una conducta sexual de riesgo, es decir, tener relaciones sexuales con personas desconocidas.

En la presente investigación 61.9% de los adolescentes entre 13 a 21 años ha tenido relaciones sexuales como lo señalan los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) más reciente (2018-19), entre las y los adolescentes mexicanos de 12 a 19 años, 24.4% de los hombres y 18.0% de las mujeres ya iniciaron vida sexual (Consejo Nacional de Población, 2020).

De acuerdo con Quintana (2013) los adolescentes de su investigación señalan que el método más frecuentemente en la primera relación sexual es el preservativo, de igual manera Montero (2011) señala que los métodos anticonceptivos utilizados más frecuentemente en la primera relación sexual fueron el preservativo masculino, con lo mencionado anteriormente, los resultados de otras investigaciones son congruentes con lo encontrado en el presente trabajo, ya que los adolescentes de 13 a 21 años indican que es el condón masculino el método más usado en la primera relación sexual.

Un aporte importante es el motivo por el cual los adolescentes de la presente investigación no usaron métodos anticonceptivos, en los que se encuentra en primer lugar “las relaciones sexuales suceden de pronto”, este motivo podría estudiarse en futuras investigaciones para

considerarse como una conducta sexual de riesgo. En las relaciones sexuales subsecuentes se encuentra el motivo “solo tengo relaciones con mi pareja”, esto también es una consideración importante, ya que se eleva la confianza con la pareja para no usar métodos anticonceptivos.

Asimismo, un dato relevante de este estudio es el motivo por el cual los adolescentes usaron métodos anticonceptivos, en los que se encuentran evitar un embarazo, evitar contagiarse de enfermedades de transmisión sexual y evitar VIH, sin embargo, algo relevante es aquellas respuestas acerca de no tener motivo o motivos para usar condón, ya que están indicando la presencia de conductas sexuales de riesgo en los adolescentes.

Por otro lado, el consumo de sustancias y la conducta sexual de riesgo se encuentran relacionados, como lo señala Mondragón- Galván, et al. (2017) explicando que cuando las personas se encuentran bajo los efectos del alcohol u otras drogas suelen tener relaciones sexuales sin protección con otras personas, conocidas o desconocidas y los hombres en este estado son renuentes cuando su pareja sexual solicita que usen condón. Esto sugiere que son prácticas sexuales impulsivas e implican un riesgo para la salud sexual de las personas, por ejemplo, el contagio de infecciones de transmisión sexual, violaciones y embarazos no deseados, producto del consumo riesgoso de sustancias.

En la presente investigación, de los adolescentes que consumieron sustancias y tuvieron relaciones sexuales sin protección se encontró que en la primera relación sexual hubo consumo de alucinógenos y no se usaron métodos anticonceptivos, en las relaciones subsecuentes se consumieron nuevamente alucinógenos sin uso de métodos anticonceptivos. El consumo de alucinógenos podría deberse a que es una droga potente que se conoce que altera el estado de ánimo y la percepción (National Institute on Drug Abuse, 2020).

Con respecto al nivel de riesgo por sustancia y no usar método anticonceptivo o condón, se encontró que en las relaciones sexuales subsecuentes el consumo de metanfetamina y alucinógenos con el no uso de métodos anticonceptivos. Podemos indicar que, si existe una relación en el consumo de sustancias y el no usar métodos anticonceptivos y que los adolescentes de 13 a 22 años están presentando conductas de riesgo, es decir se comprueba una de nuestras hipótesis.

Como se ha mencionado, el consumo de drogas y las relaciones sexuales de riesgo son temas que se deben considerar estudiarlos, ya que, es un problema en conjunto y es importante que demos prioridad a programas de prevención en adolescentes para evitar problemas futuros en su salud, tal y como lo indica Gallardo (2014), pues el tener prácticas sexuales no protegidas, y el consumo de sustancias en los jóvenes, son dos de las mayores preocupaciones de la salud pública en la actualidad.

RECOMENDACIONES

En la investigación, como forma de agradecimiento por participar se les compartió enlaces de páginas para que accedieran y revisaran material relacionado con el consumo de sustancias, relaciones sexuales sanas y directorio de atención psicológica.

Los resultados de la investigación presentada permiten sugerir elaborar talleres, pláticas en escuelas o carteles educativos para que los adolescentes disminuyan conductas de riesgo asociadas al consumo de sustancias y no uso de métodos anticonceptivos factibles y aplicables a esta población. Otra recomendación factible para futuras investigaciones es que la población se divida en etapas, es decir en adolescencia temprana, adolescencia media y tardía para mejor información en cuanto a significancia estadística. Asimismo, es importante explorar las conductas de riesgo en los adolescentes de manera personal, es decir, que sean aplicables los instrumentos de manera directa y no en línea como se llevó cabo en este estudio, para mayor control en las variables y en los participantes. Es recomendable que se elaboren instrumentos que permitan medir ambas conductas en los adolescentes de manera correlacional validado y estandarizado con las actuales necesidades de los adolescentes para que puedan elaborarse políticas públicas y planes educativos y de salud aplicables en esta población y que den pauta futuras investigaciones. Finalmente, es necesario continuar con trabajos que investiguen el consumo de sustancias y relaciones sexuales de riesgo para conocer como este tipo de conductas pueden influir en su vida adulta considerando variables sociodemográficas como nivel educativo e ingreso económico.

CONCLUSIONES

Las conductas de riesgo en los adolescentes son un tema de gran importancia para la actual sociedad, ya que son las consecuencias de estas que afectan la salud presente y futura de los adolescentes. En la adolescencia, como se estudió se empiezan a vivir nuevas experiencias que pueden atraer problemáticas como enfermedades, trastornos de consumo o embarazos no planeados. De acuerdo con los datos obtenidos en la presente investigación, se encontró que en la primera relación sexual hubo conductas de riesgo, es decir, se consumió alucinógenos y no se usaron métodos anticonceptivos. En las relaciones sexuales subsecuentes también hay conductas de riesgo con respecto al consumo de estimulantes y alucinógenos y no usar métodos anticonceptivos. De igual forma, el consumo de estimulantes y alucinógenos y no usar condón también fue una conducta de riesgo presente en los adolescentes en sus relaciones sexuales subsecuentes. Por ello es importante conocer cómo se da el consumo de estas sustancias y su influencia para no usar métodos anticonceptivos o condón en los adolescentes. Es por ello por lo que se debe realizar prevención temprana de conductas de riesgo adolescente a través de programas de apoyo parental con énfasis en los estilos de crianza. El éxito de estos dependerá del trabajo colaborativo entre el profesional de la salud, profesor, adolescente y familia (Valenzuela, Ibarra, Zubarew y Loreto, 2013).

REFERENCIAS

Argaez, S., Echeverría, R., Evia, N. y Carrillo C. (2018). Prevención de factores de riesgo en adolescentes: intervención para padres y madres. *Psicología Escolar e Educativa*, 22(2), 259-269. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392018014279>

Arias Gallegos, W. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: la importancia de la familia. *Avances En Psicología*, 21(1), 23-34. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n1.303>

Badillo, M., Mendoza, X., Barreto, M. y Díaz, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59), 422-449.

Bahamón, M.J., Vianchá, M.A. y Tobos, A.R. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 31(2), 327- 353.

Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M. y Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Universitas Psychologica*, 5(3), 521-534.

Cegollo, Z., Arrieta, K., Blanco, S., Ramos, L., Zapata, K., y Rodríguez, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 470-479.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2015). *Sexualidad en la Adolescencia*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/sexualidad-en-la-adolescencia>

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (2019). *¿Qué es la adolescencia?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/que-es-la-adolescencia-131305?state=published>

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2020). *Conoce sobre las drogas y algo más. Guía preventiva para adolescentes, infórmate*. Gobierno de México.

Comisión Nacional Contra las Adicciones (2021). *Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México*. México.

Consejo Nacional de Población (2020). *Uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes. Un análisis de las Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 y 2018-19*.

<https://www.gob.mx/conapo/es/articulos/uso-de-metodos-anticonceptivos-entre-adolescentes-un-analisis-de-las-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-2012-y-2018-19?idiom=es>

Díaz-Morales, K. y Amaya-Rey, M. (2012). Factores familiares, individuales y ambientales en el consumo y no consumo de drogas en adolescentes. *Avances En Enfermería*, 3(3), 37-59.

Fajardo, M.I., Gordillo, M. y Regalado, A.B. (2013). Sexting: nuevos usos de la tecnología y la sexualidad en adolescentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 521-534.

Ferrel, F., Ferrel, L., Alarcón, A. y Delgado, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 10(2), 43-54.

Figueroa, L. y Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médica*, 21(2), 143-151.

Figueroa, L., Figueroa, L., García, L. y Soto, D. (2019). Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Revista Ciencias Médicas*, 23(6), 954-968.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2002). *La adolescencia es una etapa fundamental*. UNICEF.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (s.f.). *Adolescencia. Con sus derechos garantizados, las y los adolescentes pueden movilizar al mundo*. UNICEF.

<https://www.unicef.org/mexico/adolescencia>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f.). *¿Qué es la adolescencia?*

<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

Fundación Eguía Careaga (2014). *Desigualdades socioeconómicas en el consumo de drogas*. SIIS Centro de Documentación y Estudios.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Gallardo, F. (2014). Riesgos y consecuencias de las prácticas sexuales en los adolescentes de Juigalpa, bajo los efectos de alcohol y otras drogas, Chontales, Nicaragua. *Revista Científica de FAREM-Estelí. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, 9(3), 71-77.

García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.

Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M.J. e Hidalgo Vicario, M.I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XXI(4), 233– 244.

Gutiérrez, J., García-Saisó, S., Espinosa- de la Peña, R. y Balandrán, D. (2016). Desigualdad en indicadores de comportamientos de riesgo en adolescentes en México: análisis de encuestas de salud. *Salud Publica Mexicana*, 58, 657-665. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7922>

Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D. y Pérez, M. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 199-212.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación*. (Sexta edición). McGraw-Hill.

Hidalgo Vicario, M. I., & González-Fierro, M. J. C. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(1), 42–46. doi:10.1016/s1696-2818(14)70167-2

Iglesias-Diz, J. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XVII (2), 88-93.

Jiménez, T. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación ente el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61. [10.5093/in2011v20n1a5](https://doi.org/10.5093/in2011v20n1a5)

Lucchese, M., Burrone, M., Enders, J. y Fernández, R. (2012). Consumo de sustancias y escuela: un estudio en adolescentes escolarizados de Córdoba. *Revista de Salud Pública*, 17(1), 32-41.

Macció, G. (1997). *Diccionario demográfico multilingüe*. CELADE.

Meave, S.F. (2008). *Relación entre rasgos de personalidad y conductas sexuales de riesgo, elementos para la intervención preventiva con adolescentes escolares* (Tesis para obtener el grado de doctora en psicología). Universidad Nacional Autónoma de México.

Medina- Mora, M.E., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud pública de México*, 55(1), 67-73.

Melo, D. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(Spec.), 655-662.

Méndez, P. (2009). Factores psicológicos en la adolescencia. *Ventana a otras especialidades*, 7(4), 239-242.

Meneses, C., Romo, N., Uroz, J., Gil, E., Markez, I., Giménez, S., y Vega A. (2009). Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trastornos adictivos*, 11(1), 51-63.

Mondragón- Galván, L., Velasco- Matus, P. y Bonilla- Teoyotl, C. (2017). Caracterización del consumo de sustancias y su asociación con otras variables psicológicas. *Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(2), 49-60.

Montero, A. (2011). Anticoncepción en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 59-67.

Moreno, A. (2007). *La adolescencia*. Editorial UOC.

Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León- Tamayo, L. y Ilaja- Verdesoto, B. (2017). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health and Addictions*, 18(1), 39-50.

National Institute on Drug Abuse (2020). *¿Por qué las personas toman alucinógenos?* Recuperado de: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/alucinogenos-y-drogas-disociativas/por-que-las-personas-toman-alucinogenos>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2015). *Problemática de las drogas. Orientaciones generales*. Ministro de Gobierno de Bolivia.

Orcasita, L., Uribe, A., Castellanos, L., y Gutiérrez Rodríguez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(2), 371-406.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organización Panamericana de Salud (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. OMS.

Papalia, D. y Martorell, G. (2015). *Desarrollo humano*. (13 ed.) McGraw- Hill.

Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>

Pineda, S. y Aliño, M. (1999). El concepto de adolescencia. En Ministerio de Salud Pública. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia* (15-23). MINSAP.

Quintana, C. (2013). Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 17(3), 171-184.

Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. y Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.

Saeteros, R., Pérez, J. y Sanabria, G. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Humanidades Médicas*, 15(3), 421-439.

Sarduy-Lugo A., Sarduy-Lugo M., Rojas-López Y., Suárez-Angerí Y., Cardet-Sarduy A. C., Fernández Rodríguez Y. (2021). Nivel de riesgo y dependencia asociados con el consumo de sustancias adictivas en adolescentes de Santa Elena, Ecuador. *Revista de Enfermería Neurología*; 20(2), 39-44.

Tena-Suck, A., Castro-Martínez, G., Marín-Navarrete, R., Gómez-Romero, P., Fuente-Martín, A., y Gómez-Martínez, R. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://dx.doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>

Uribe, J., Verdugo, J. y Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21(1), 47-55.

Uribe- Rodríguez, A.F., Castellanos- Barreto, J. y Cabán- Huertas, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de psicología*, 8(2), 27-46.

Valenzuela, M.T., Ibarra, A.M., Zubarew, T. y Loreto M. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: Rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>

Viejo, C. y Ortega-Ruiz, R. (2015). Cambios y riesgos asociados a la adolescencia. *Psychology, Society, & Education*, 7(2), 109-118.

Zambrano, G., Toscano, J. y Gil, J. (2015). Actitudes sexuales en adolescentes estudiantes universitarios. *Revista Ciencia y Cuidado*, 12(1), 93-104.